



Santa Clara Family  
Health Plan™

# CAL MEDICONNECT PLAN

(Chương Trình Medicare-Medicaid)

## Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm 2022

Dịch Vụ Khách Hàng: **1-877-723-4795**

TTY: **711**

Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Cuộc gọi miễn phí.

[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

H7890\_17000V Accepted

**TRANG NÀY CÓ Ý ĐỀ TRÔNG**

**Chương Trình Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) của Santa Clara Family Health Plan do Santa Clara Family Health Plan cung cấp**

***Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm cho Năm 2022***

---

**Giới Thiệu**

Quý vị hiện được ghi danh với tư cách là hội viên của Chương Trình Cal MediConnect Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid) của Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) (Chương Trình SCFHP Cal MediConnect). Năm tới sẽ có một số thay đổi về phúc lợi, bảo hiểm, các quy tắc và chi phí của chương trình. *Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm* này cho quý vị biết về những thay đổi và nơi để tìm thêm thông tin về chúng. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

**Mục Lục**

A. Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm.....	3
B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới .....	9
B1. Các Nguồn Lực Bổ Sung .....	10
B2. Giới Thiệu Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan.....	12
B3. Những điều quan trọng cần làm:.....	12
C. Những thay đổi đối với nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới .....	14
D. Những thay đổi đối với các phúc lợi và chi phí cho năm tới .....	15
D1. Những thay đổi đối với các phúc lợi và cho dịch vụ y tế .....	15
D2. Những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc theo toa.....	15
D3. Giai Đoạn 1: "Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu" .....	17
D4. Giai Đoạn 2: "Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương".....	19
E. Chương Trình Cal MediConnect Cách để chọn một chương trình .....	19
E1. Cách để ở lại chương trình của chúng tôi.....	19
E2. Cách thay đổi chương trình.....	19
F. Cách nhận trợ giúp.....	23



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

F1. Nhận trợ giúp từ Chương Trình SCFHP Cal MediConnect.....	23
F2. Nhận trợ giúp từ người môi giới ghi danh tiểu bang .....	23
F3. Nhận trợ giúp từ Chương Trình Thanh Tra (Ombuds Program) của Cal MediConnect .....	23
F4. Nhận trợ giúp từ Chương Trình Cố Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế .....	24
F5. Nhận trợ giúp từ Medicare .....	24
F6. Nhận trợ giúp từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California.....	24

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

- Chương Trình Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) của Santa Clara Family Health Plan là một chương trình chăm sóc sức khỏe có ký hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi từ cả hai chương trình cho người ghi danh tham gia.

- **THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ**

Phân biệt đối xử là hành vi trái pháp luật. Chương Trình SCFHP Cal MediConnect tuân thủ các điều luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang. Chương Trình SCFHP Cal MediConnect không phân biệt đối xử một cách trái pháp luật, loại trừ mọi người hay đối xử với họ khác đi do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tinh thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính, hay khuynh hướng tình dục.

Chương Trình SCFHP Cal MediConnect cung cấp:

- Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ trao đổi thông tin tốt hơn, như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
  - Thông tin được viết dưới định dạng khác (bản in chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là Tiếng Anh như:
  - Thông dịch viên có chuyên môn
  - Thông tin trên văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ với Chương Trình SCFHP Cal MediConnect từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu bằng cách gọi đến số 1-877-723-4795. Hoặc nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến 711. Khi có yêu cầu, thông tin này sẽ được in bằng chữ nổi braille, bản in chữ lớn, băng ghi âm, hoặc định dạng điện tử. Để nhận một trong số các bản sao ở định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư gửi đến:

**Santa Clara Family Health Plan**  
**PO Box 18880**  
**San Jose, CA 95158**  
**1-877-723-4795 (TTY: 711)**



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### **CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI**

Nếu quý vị cho rằng Chương Trình SCFHP Cal MediConnect đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tinh thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới hay khuynh hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Phòng Khiếu Nại và Kháng Nghị của Chương Trình SCFHP Cal MediConnect. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại bằng cách gọi điện, viết thư, trực tiếp, hoặc qua hình thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Liên hệ với Chương Trình SCFHP Cal MediConnect từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu bằng cách gọi đến số 1-877-723-4795. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến 711.
- **Gửi thư:** Điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến địa chỉ:

**Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119**

- **Trực tiếp:** Hãy đến văn phòng bác sĩ của quý vị hoặc Chương Trình SCFHP Cal MediConnect và nói là quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.
- **Dưới dạng điện tử:** Truy cập trang web của Chương Trình SCFHP Cal MediConnect tại địa chỉ [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

### **VĂN PHÒNG PHỤ TRÁCH DÂN QUYỀN – SỞ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CALIFORNIA (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California qua điện thoại, viết thư, hoặc bằng hình thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Gọi theo số **916-440-7370**. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi **711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông)**.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Gửi thư: Hãy điền thông tin vào mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:

**Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413**

Các mẫu khiếu nại có sẵn tại

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Dưới dạng điện tử: Gửi email tới [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

### **VĂN PHÒNG PHỤ TRÁCH DÂN QUYỀN – BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hay giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền bằng cách gọi điện, viết thư, hoặc qua định dạng điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy gọi số **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến số **TTY/TDD 1- 800- 537- 7697**.
- Gửi thư: Hãy điền thông tin vào mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

Các mẫu khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Dưới dạng điện tử: Truy cập Cổng Thông Tin Điện Tử của Office for Civil Rights tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

- Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ

#### **English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. These services are free of charge.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (TTY: 711). También hay ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (TTY: 711). Estos servicios no tienen costo.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-877-723-4795, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (TTY: 711). Cũng có các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và bản in chữ lớn. Hãy gọi 1-877-723-4795, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

**简体中文标语 (Chinese)**

注意：如您需要所说语言的协助，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)。我们还为残障人士提供盲文版和大字版文件等相关帮助和服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)。这些服务均免费提供。

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى الحصول على المساعدة بلغتك، فاتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والصم (TTY: 711) المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة، متوفرة أيضًا. اتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، 8 صباحًا إلى 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والصم (TTY: 711) يتم تقديم هذه الخدمة مجانًا.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց համար, ինչպես՝ բրայլի այբուբենով և խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

កំណត់ចំណាំ: កំណត់ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងការបោះពុម្ពជំរក់មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ៨ ល្ងាច។ (TTY: 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر نیاز به دریافت کمک به زبان خودتان دارید، از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 1-877-723-4795 تماس بگیرید. (TTY: 711). کمک و خدمات‌رسانی به کسانی که ناتوانی خاصی دارند، مثلاً چاپ اسناد با خط بریل و حروف بزرگ نیز امکان‌پذیر است. از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 1-877-723-4795 تماس بگیرید. (TTY: 711). این خدمات رایگان هستند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो सोमवार से शुक्रवार, प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 1-877-723-4795 पर कॉल करें। (TTY: 711) विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। सोमवार से शुक्रवार, प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 1-877-723-4795 पर कॉल करें। (TTY: 711) ये सेवाएं नि:शुल्क रूप से उपलब्ध हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau 1-877-723-4795, Hauv Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab luam kom loj, puav leej muaj. Hu rau 1-877-723-4795, Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意: 母国語での対応が必要な場合は、月～金の午前8時～午後8時の時間帯で 1-877-723-4795 (TTY: 711) にお問い合わせください。視覚障害者向けに点字や大活字の文書などの支援サービスも利用できます。月～金の午前8時～午後8時の時間帯で 1-877-723-4795 (TTY: 711) にお問い合わせください。これらのサービスは無料をご利用いただけます。

**한국어 태그라인 (Korean)**

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오(월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시). (TTY: 711). 장애인을 위한 지원과 서비스(예: 브라우 점자 문서, 큰 활자)도 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오 (월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시). (TTY: 711). 서비스는 무료입니다.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ແຈ້ງເຕືອນ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ 1-877-723-4795, ອັນຈັນ ເຖິງ ອັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊິ່ງ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ກໍ່ມີເຊັ່ນກັນ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-723-4795, ອັນຈັນ ເຖິງ ອັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊິ່ງ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

**Mien Tagline (Mien)**

CAU FIM JANGX LONGX: Beiv taux meih qiex zuqc heuc tengx faan benx meih nyei fingz waac nor douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Mbenc maaih sou-nzangc benx nzangc-pokc aengx caux aamz benx domh sou-daan liouh bun wuaaic fangx mienh longc. Douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Naaiv se baeqc benx wang-henh nzie weih gong maiv zuqc feix zinh nyaanh oc.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਸੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਵਿਕਲਾਂਗ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਸੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия ТТУ:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**ແທ້ໄລພາສາໄທ (Thai)**

หมายเหตุ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-877-723-4795 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีบริการความช่วยเหลือสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-877-723-4795 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА. Ви можете отримати довідку вашою мовою, зателефонувавши за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Також доступна допомога та послуги для осіб з обмеженими фізичними можливостями, наприклад документи, надруковані великим шрифтом або шрифтом Брайля. Телефонуйте за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Ці послуги надаються безкоштовно.

---

**B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới**

Điều quan trọng là xem xét bảo hiểm của quý vị ngay bây giờ để chắc chắn rằng nó vẫn đáp ứng nhu cầu của quý vị trong năm tới. Nếu bảo hiểm không đáp ứng nhu cầu của quý vị, quý vị có thể rời khỏi chương trình. Tham khảo phần E2 để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị chọn rời khỏi Chương Trình Cal SCFHP Cal MediConnect, tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà yêu cầu của quý vị được thực hiện.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ vẫn ở trong các chương trình Medicare và Medi-Cal chừng nào quý vị còn hội đủ điều kiện.

- Quý vị có một lựa chọn về cách nhận các phúc lợi Medicare của mình (tham khảo trang 19).
- Quý vị sẽ nhận được các quyền lợi Medi-Cal của mình thông qua chương trình chăm sóc có quản lý Medi-Cal tùy theo sự lựa chọn của quý vị (tham khảo trang 22 để biết thêm thông tin).



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## B1. Các Nguồn Lực Bổ Sung

- **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

**ATENCIÓN:** Si habla español, hay servicios de ayuda de idiomas gratis disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi là miễn phí.

注意：說文可申請語音服務，時間：星期一至星期五

8 點至 8 點 1-877-723-4795 (TTY 用戶 711) 與客服部 (本)

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyonang tulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang pagtawag ay libre.

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 저녁 8시까지 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

**ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Չանգահարեք հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-877-723-4795 (TTY. 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժ. 8:00 - 20:00: Չանգն անվճար է:

**ВНИМАНИЕ:** Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 (телетайп: 711), с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

**توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

**Nếu quý vị có thắc mắc,** vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



ご注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。カスタマーサービス 1-877-723-4795 (TTY: 711) までお電話下さい。サービス時間帯は月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 8 時までです。通話は無料です。

LUS CEEV: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ ਸ਼ਾਬਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

ध्यान दें: अगर आप हिंदी, भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 से शाम 8:00 बजे तक कॉल करें यह कॉल निःशुल्क है।

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย จะมีการให้ความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ได้ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทร

ជួនចំពោះ៖ រូបសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាស្រីលាវជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาลาว, มีบริการช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับท่าน. โทรหาศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711), วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 8 โมงเช้า ถึง 8 โมงเย็น. โทรฟรี.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте англійською мовою, ви можете безкоштовно скористатися доступними послугами перекладача. Телефонуйте до служби підтримки клієнтів за номером 1-877-723-4795 (телефонний пристрій із текстовим вводом [Teletype TTY]: 711), понеділок-п'ятниця, з 8:00 до 20:00. Дзвінок безкоштовний.

JANGX LONGX: Beiv taux meih benx gorngv ang gitv waac nyei mienh nor, duqv mbenc maaih nzie weih gong tengx wang-henh faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv nyaanh, mbenc nzoih liouh bun meih longc. Douc waac daaih lorx taux nzie weih zipv kaeqv gorn zangc yiem njiec naaiv 1-877-723-4795 (TTY: 711), yiem naaiv liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz bouc dauh, yiem 8 diemv lungn ndorm ziagh hoc mingh 8 diemv lungn muonz. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc cuotv nyaanh oc.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Quý vị có thể nhận *Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm* này miễn phí bằng các định dạng khác, như bản in chữ lớn, chữ nổi braille, hoặc âm thanh. Hãy gọi 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.
- Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận được tài liệu này, bây giờ và sau này, bằng ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh hoặc dưới định dạng khác. Chúng tôi sẽ giữ thông tin này trong hồ sơ để gửi thư trong tương lai. Quý vị không cần đưa ra yêu cầu riêng biệt mỗi lần. Để đưa ra hoặc yêu cầu thay đổi:
- Hãy gọi phòng Dịch Vụ Khách Hàng hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản tới:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

## **B2. Giới Thiệu Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan**

- Chương Trình Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) của Santa Clara Family Health Plan là một chương trình chăm sóc sức khỏe có ký hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi từ cả hai chương trình cho người ghi danh tham gia.
- Bảo hiểm theo Chương Trình SCFHP Cal MediConnect đủ tiêu chuẩn cho bảo hiểm y tế được gọi là “bảo hiểm thiết yếu tối thiểu”. Bảo hiểm này thỏa mãn yêu cầu về chia sẻ trách nhiệm cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (ACA). Truy cập trang mạng của Sở Thuế Vụ (IRS) tại địa chỉ [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) để biết thêm thông tin về yêu cầu chia sẻ trách nhiệm cá nhân.
- Chương trình Cal MediConnect này được Santa Clara Family Health Plan cung cấp. Khi *Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm* này đề cập đến “chúng tôi,” “đối với chúng tôi,” hoặc “của chúng tôi,” điều đó có nghĩa là SCFHP. Khi đề cập “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” có nghĩa là Chương trình Cal SCFHP Cal MediConnect.

## **B3. Những điều quan trọng cần làm:**

- **Kiểm tra xem có bất kỳ thay đổi nào đối với các phúc lợi và chi phí của chúng tôi có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
  - Có bất kỳ thay đổi nào ảnh hưởng đến các dịch vụ mà quý vị sử dụng không?

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Điều quan trọng là xem xét các thay đổi phúc lợi và chi phí để chắc chắn rằng chúng vẫn đáp ứng nhu cầu của quý vị cho năm tới.
- Xem Phần D trên trang 15 để biết thông tin về các thay đổi phúc lợi trong chương trình của chúng tôi.
- **Kiểm tra xem có bất kỳ thay đổi nào đối với khoản bảo hiểm thuốc theo toa của chúng tôi có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
  - Thuốc của quý vị có được đài thọ không? Chúng có ở bậc chia sẻ chi phí khác không? Quý vị có thể sử dụng cùng các nhà thuốc không?
  - Điều quan trọng là xem xét các thay đổi để chắc chắn rằng khoản bảo hiểm thuốc của chúng tôi vẫn đáp ứng nhu cầu của quý vị cho năm tới.
  - Xem Phần D trên trang 15 để biết thông tin về các thay đổi phúc lợi trong chương trình của chúng tôi.
  - Chi phí thuốc của quý vị có thể đã tăng từ năm ngoái.
    - Hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị về các lựa chọn thay thế với chi phí thấp hơn dành cho quý vị; điều này có thể giúp quý vị tiết kiệm chi phí xuất túi hàng năm trong suốt cả năm.
    - Để biết thêm thông tin về giá thuốc, hãy truy cập địa chỉ [www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). (Nhấp vào đường dẫn “dashboards” (bảng tổng hợp) ở giữa phần Note (Ghi chú) ở phía dưới cùng của trang. Các phần được tô sáng trong bảng thông báo này sẽ cho biết những nhà sản xuất nào đang tăng giá và cũng hiển thị các thông tin khác về giá thuốc theo năm).
    - Hãy ghi nhớ rằng các phúc lợi của chương trình sẽ xác định chính xác mức thay đổi chi phí thuốc của quý vị.
- **Kiểm tra xem liệu các nhà cung cấp của quý vị và nhà thuốc có trong mạng lưới của chúng tôi trong năm tới không.**
  - Bác sĩ của quý vị, bao gồm bác sĩ chuyên khoa, có trong mạng lưới của chúng tôi không? Còn nhà thuốc của quý vị thì sao? Còn về bệnh viện hoặc các nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng thì sao?
  - Xem Phần C trên trang 14 để biết thông tin về *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.
- **Hãy nghĩ về chi phí chung của quý vị trong chương trình.**
  - Quý vị sẽ chi tiêu bao nhiêu chi phí xuất túi cho các dịch vụ và thuốc theo toa mà quý vị thường sử dụng?



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Chi phí tổng cộng so với các lựa chọn bảo hiểm khác như thế nào?
- **Hãy nghĩ về việc quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi không.**

**Nếu quý vị quyết định ở lại với Chương Trình SCFHP Cal MediConnect:**

Nếu quý vị muốn ở lại với chúng tôi trong năm tới, điều này thật dễ dàng – quý vị không cần làm bất kỳ việc gì. Nếu quý vị không đổi ý, quý vị vẫn sẽ được tự động ghi danh vào chương trình của chúng tôi.

**Nếu quý vị quyết định thay đổi chương trình:**

Nếu quý vị quyết định rằng bảo hiểm khác sẽ đáp ứng nhu cầu của quý vị tốt hơn, thì quý vị có thể chuyển đổi chương trình (tham khảo phần E2 để biết thêm thông tin). Nếu quý vị ghi danh vào chương trình mới, bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Xem Phần E trên trang 19 để tìm hiểu thêm về các lựa chọn của quý vị.

---

## **C. Những thay đổi đối với nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới**

Chúng tôi không thực hiện bất kỳ thay đổi nào với mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của chúng tôi trong năm tới.

Tuy nhiên, điều quan trọng là quý vị biết rằng chúng tôi cũng có thể có những thay đổi với mạng lưới của chúng tôi trong suốt năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình, quý vị có các quyền và bảo vệ nhất định. Để biết thêm thông tin, tham khảo Chương 3 trong *Sổ Tay Hội Viên* của chúng tôi.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## D. Những thay đổi đối với các phúc lợi và chi phí cho năm tới

### D1. Những thay đổi đối với các phúc lợi và cho dịch vụ y tế

Chúng tôi đang thay đổi bảo hiểm đối với một số dịch vụ y tế vào năm tới. Bảng dưới đây mô tả những thay đổi này.

	2021 (năm nay)	2022 (năm tới)
<b>Các dịch vụ về thính giác</b>	Phúc lợi về thiết bị trợ thính được phép tối đa là \$1,510 cho mỗi hội viên cho cả hai tai trong mỗi năm tài chính (01/07 – 30/06), và bao gồm khuôn đúc, đồ dùng chỉnh sửa, và phụ kiện.  <b>Lưu ý: Sự cho phép trước có thể được yêu cầu đối với hội viên tại cơ sở điều dưỡng.</b>	Phúc lợi về thiết bị trợ thính được phép tối đa là \$1,510 cho mỗi hội viên cho cả hai tai trong mỗi năm tài chính (01/07 – 30/06), và bao gồm khuôn đúc, đồ dùng chỉnh sửa, và phụ kiện.  Thay thế các thiết bị trợ thính bị mất, mất cấp, hoặc hư hỏng nghiêm trọng ngoài khả năng kiểm soát của hội viên <b>không</b> được bao gồm trong khoản bảo hiểm tối đa \$1,510 .  <b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b>
<b>Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP)</b>	MSSP là khoản phúc lợi được bao trả lên đến tối đa \$5,356.25 mỗi năm.	MSSP không còn là khoản phúc lợi được bảo trả.

### D2. Những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc theo toa

#### Những thay đổi đối với Danh Sách Thuốc của chúng tôi

Một bản *Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ* được cập nhật có trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Quý vị cũng có thể gọi đến Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, để biết thông tin thuốc được cập nhật hoặc đề nghị chúng tôi gửi *Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ* cho quý vị qua đường bưu điện.

*Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ* cũng còn được gọi là “Danh Sách Thuốc.”

Chúng tôi đã thực hiện những thay đổi đối với Danh Sách Thuốc, bao gồm những thay đổi đối với thuốc mà chúng tôi đãi thọ và những thay đổi đối với các giới hạn áp dụng cho bảo hiểm của chúng tôi đối với các loại thuốc nhất định.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Xem xét Danh Sách Thuốc để **đảm bảo rằng thuốc của quý vị sẽ được đài thọ trong năm tới** và xem liệu có bất kỳ giới hạn nào không.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi bảo hiểm thuốc, chúng tôi khuyến khích quý vị nên:

- Làm việc với bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) để tìm một loại thuốc khác mà chúng tôi đài thọ.
  - Quý vị có thể gọi đến Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để đề nghị cung cấp danh sách các loại thuốc được đài thọ cần điều trị cho cùng chứng bệnh.
  - Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm được loại thuốc được đài thọ có thể phù hợp với quý vị.
- Làm việc với bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) và yêu cầu chương trình trao ngoại lệ để đài thọ thuốc.
  - Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ trước năm tiếp theo và chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố ủng hộ từ người kê toa của quý vị).
  - Để tìm hiểu về việc quý vị phải làm gì khi yêu cầu trường hợp ngoại lệ, vui lòng tham khảo Chương 9 của *Sổ Tay Hội Viên Năm 2022* hoặc gọi đến Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
  - Nếu quý vị cần giúp đỡ về yêu cầu ngoại lệ, quý vị có thể liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng hoặc cán bộ quản lý trường hợp của mình. Tham khảo Chương 2 và Chương 3 của *Sổ Tay Hội Viên* để tìm hiểu thêm về cách liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của quý vị.
- Đề nghị chương trình đài thọ cho liều dùng thuốc tạm thời.
  - Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ một liều dùng thuốc **tạm thời** trong vòng 90 ngày đầu tiên trong năm.
  - Liều dùng tạm thời này sẽ được đài thọ lên đến 31 ngày. (Để tìm hiểu thêm về việc khi nào quý vị có thể nhận liều dùng thuốc tạm thời và cách đề nghị, tham khảo Chương 5 trong *Sổ Tay Hội Viên*).
  - Khi quý vị nhận liều dùng thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với bác sĩ của mình để quyết định những việc cần làm khi liều dùng thuốc tạm thời của quý vị đã hết. Quý vị có thể chuyển sang loại thuốc khác do chương trình đài thọ hoặc đề nghị chương trình áp dụng trường hợp ngoại lệ đối với quý vị và đài thọ thuốc hiện tại của quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Nếu sự thay đổi về thuốc ảnh hưởng đến quý vị, chúng tôi sẽ đòi hỏi ngừng thuốc tạm thời, một lần. Quý vị cũng sẽ nhận được một bức thư qua đường bưu điện thông báo với quý vị về liều dùng tạm thời và cách đề nghị trường hợp ngoại lệ để tiếp tục được đòi hỏi thuốc của quý vị.

Nói chung, các hội viên với trường hợp ngoại lệ thuốc hiện tại cần phải có một loại thuốc mới được nộp lên mỗi năm phúc lợi. Để biết thêm thông tin, tham khảo Chương 5 trong *Sổ Tay Hội Viên*.

### Những thay đổi đối với chi phí thuốc theo toa

Có hai giai đoạn thanh toán bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D theo Chương Trình SCFHP Cal MediConnect. Mức quý vị phải trả phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi quý vị nhận hoặc nhận thuốc theo toa bổ sung. Hai giai đoạn này là:

<b>Giai Đoạn 1</b> <b>Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu</b>	<b>Giai Đoạn 2</b> <b>Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương</b>
<p>Trong giai đoạn này, chương trình thanh toán các chi phí thuốc của quý vị, và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình. Phần của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán.</p> <p>Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua toa thuốc đầu tiên của mình trong năm đó.</p>	<p>Trong giai đoạn này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí tiền thuốc của quý vị cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2022.</p> <p>Quý vị bắt đầu vào giai đoạn này sau khi quý vị đã tự chi trả một khoản chi phí nhất định.</p>

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu sẽ kết thúc khi tổng chi phí tự trả cho thuốc theo toa của quý vị đạt **\$7,050**. Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu kể từ thời điểm này. Chương trình đòi hỏi mọi chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm này cho đến hết năm. Tham khảo Chương 6 trong *Sổ Tay Hội Viên* của quý vị để biết thêm thông tin về chi phí mà quý vị sẽ trả cho thuốc theo toa.

### D3. Giai Đoạn 1: "Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu"

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình thanh toán phần chia sẻ chi phí thuốc theo toa được đòi hỏi của quý vị và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình. Phần của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán. Khoản đồng thanh toán tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và giai đoạn hiện tại của quý vị. Quý vị sẽ thanh toán khoản đồng thanh toán mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được đòi hỏi của quý vị thấp hơn khoản đồng thanh toán, thì quý vị sẽ thanh toán giá thấp hơn.

**Chúng tôi đã chuyển một vài loại thuốc trong Danh Sách Thuốc xuống bậc thuốc thấp hơn hoặc cao hơn.** Nếu thuốc của quý vị được chuyển từ bậc này sang bậc khác, điều này có thể ảnh hưởng đến khoản đồng thanh toán của quý vị. Để xem liệu thuốc của quý vị có ở bậc khác không, hãy tìm kiếm trong Danh Sách Thuốc.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Bảng sau đây cho thấy chi phí thuốc của mỗi bậc trong bốn bậc thuốc của chúng tôi. Những khoản chi phí này **chỉ** áp dụng trong thời gian quý vị ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

	<b>2021 (năm nay)</b>	<b>2022 (năm tới)</b>
<b>Thuốc ở Bậc 1</b> (Thuốc gốc) Chi phí cho liều dùng thuốc ở Bậc 1 trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho liều dùng trong một tháng (31 ngày) là <b>\$0/toa thuốc</b> .	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho liều dùng trong một tháng (31 ngày) là <b>\$0/toa thuốc</b> .
<b>Thuốc ở Bậc 2</b> (Thuốc biệt dược) Chi phí cho liều dùng thuốc ở Bậc 2 trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho liều dùng trong một tháng (31 ngày) là <b>\$0-\$9.20/toa thuốc</b> .	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho liều dùng trong một tháng (31 ngày) là <b>\$0-\$9.85/toa thuốc</b> .
<b>Thuốc ở Bậc 3</b> (Thuốc theo toa không thuộc Medicare) Chi phí cho liều dùng thuốc ở Bậc 3 trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho liều dùng trong một tháng (31 ngày) là <b>\$0/toa thuốc</b> .	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho liều dùng trong một tháng (31 ngày) là <b>\$0/toa thuốc</b> .
<b>Thuốc ở Bậc 4</b> (Thuốc không theo toa không phải Medicare) Chi phí cho liều dùng thuốc ở Bậc 4 trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho liều dùng trong một tháng (31 ngày) là <b>\$0/toa thuốc</b> .	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho liều dùng trong một tháng (31 ngày) là <b>\$0/toa thuốc</b> .

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu sẽ kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt \$7,050. Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu kể từ thời điểm này. Chương trình đài thọ mọi chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm này cho đến hết năm. Tham khảo Chương 6 trong *Sổ Tay Hội Viên* của quý vị để biết thêm thông tin về chi phí mà quý vị sẽ trả cho thuốc theo toa.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



#### **D4. Giai Đoạn 2: "Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương"**

Khi quý vị đạt tới mức giới hạn chi phí xuất túi là **\$7,050** cho thuốc theo toa của mình, thì Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương sẽ bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương cho đến hết năm theo lịch.

---

### **E. Chương Trình Cal MediConnect Cách để chọn một chương trình**

#### **E1. Cách để ở lại chương trình của chúng tôi**

Chúng tôi hy vọng sẽ giữ quý vị lại để làm hội viên trong năm tới.

Quý vị sẽ không cần làm bất cứ điều gì để ở lại chương trình sức khỏe của mình. Nếu quý vị không đăng ký tham gia một chương trình Cal MediConnect nào khác, hãy chuyển sang Chương Trình Medicare Advantage hoặc Original Medicare, quý vị sẽ tự động được ghi danh là hội viên chương trình của chúng tôi cho năm 2022.

#### **E2. Cách thay đổi chương trình**

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình bất cứ lúc nào trong năm bằng cách ghi danh vào một Chương Trình Medicare Advantage khác, ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect khác, hoặc chuyển sang Original Medicare.

#### **Cách quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medicare**

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare của mình. Bằng cách chọn một trong số các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<p><b>1. Quý vị có thể thay đổi sang:</b></p> <p><b>Một chương trình sức khỏe Medicare, như chương trình Medicare Advantage hoặc Chương Trình Chăm Sóc Trọn Gói dành cho Người Cao Niên (PACE) nếu quý vị đáp ứng yêu cầu về điều kiện hội đủ và sống ở khu vực dịch vụ</b></p>	<p><b>Sau đây là việc cần làm:</b></p> <p>Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu có câu hỏi về PACE, hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số điện thoại 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Chương Trình SCFHP Cal MediConnect khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.</p>
---	--

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



<p><b>2. Quý vị có thể thay đổi sang:</b></p> <p><b>Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt</b></p>	<p><b>Sau đây là việc cần làm:</b></p> <p>Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Chương Trình SCFHP Cal MediConnect khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.</p>
---	--



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<p><b>3. Quý vị có thể thay đổi sang:</b></p> <p><b>Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt</b></p> <p><b>LƯU Ý:</b> Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết rằng mình không muốn tham gia.</p> <p>Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị nhận được bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác như chủ sử dụng lao động hoặc nghiệp đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu mình có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Sau đây là việc cần làm:</b></p> <p>Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gọi đến Chương Trình Cố Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Chương Trình SCFHP Cal MediConnect khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.</p>
--	--

### Cách quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal

Nếu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua SCFHP trừ khi quý vị chọn một chương trình khác cho các dịch vụ Medi-Cal. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị bao gồm hầu hết các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài cũng như dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi.

Nếu quý vị muốn chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị cần cho Health Care Options biết rằng quý vị muốn tham gia chương trình chăm sóc có quản lý Medi-Cal nào. Quý vị có thể gọi đến Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY gọi số 1-800-430-7077.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





---

## F. Cách nhận trợ giúp

### F1. Nhận trợ giúp từ Chương Trình SCFHP Cal MediConnect

Quý vị có câu hỏi? Chúng tôi sẵn sàng trợ giúp quý vị. Vui lòng gọi đến Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY, gọi 711). Chúng tôi sẵn sàng trả lời các cuộc gọi điện thoại từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí.

#### Hãy đọc *Sổ Tay Hội Viên Năm 2022 của quý vị*

*Sổ Tay Hội Viên năm 2022* là phần mô tả chi tiết, hợp pháp về các phúc lợi chương trình của quý vị. Sổ tay có chi tiết về các phúc lợi và chi phí của năm sau. Sổ tay giải thích quyền của quý vị và các quy tắc mà quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc theo toa được đài thọ.

*Sổ Tay Hội Viên Năm 2022* sẽ có sẵn trễ nhất vào ngày 15 tháng 10. Bản cập nhật của *Sổ Tay Hội Viên Năm 2022* có sẵn trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Quý vị cũng có thể gọi đến Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1- 877- 723- 4795 (TTY: 711) để đề nghị chúng tôi gửi cho quý vị một bản *Sổ Tay Hội Viên Năm 2022* qua đường bưu điện.

#### Trang mạng của chúng tôi

Quý vị cũng có thể truy cập vào trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Lưu ý, trang mạng của chúng tôi có thông tin cập nhật nhất về mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của chúng tôi (*Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*) và Danh Sách Thuốc của chúng tôi (*Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*).

### F2. Nhận trợ giúp từ người môi giới ghi danh tiểu bang

Health Care Options có thể hỗ trợ nếu quý vị có thắc mắc về việc lựa chọn một chương trình Cal MediConnect hoặc các vấn đề về ghi danh khác. Quý vị có thể gọi cho Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY gọi số 1-800-430-7077.

### F3. Nhận trợ giúp từ Chương Trình Thanh Tra (Ombuds Program) của Cal MediConnect

Chương Trình Thanh Tra của Chương Trình Cal MediConnect có thể giúp quý vị nếu quý vị gặp vấn đề với Chương Trình SCFHP Cal MediConnect. Các dịch vụ thanh tra là miễn phí. Chương Trình Thanh Tra của Chương Trình Cal MediConnect:

- Hoạt động như một người bào chữa cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì.
- Đảm bảo quý vị có thông tin liên quan đến quyền và biện pháp bảo vệ, và cách mà quý vị giải quyết các mối lo của mình.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Không được kết nối với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra của Chương Trình Cal MediConnect là 1-855-501-3077.

#### **F4. Nhận trợ giúp từ Chương Trình Cố Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế**

Quý vị cũng có thể gọi cho Chương Trình Trợ Cấp Bảo Hiểm Y Tế của Tiểu Bang (SHIP). Tại California, SHIP có tên gọi là Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP). Các cố vấn viên HICAP có thể giúp quý vị hiểu rõ các lựa chọn chương trình Cal MediConnect và giải đáp mọi thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình. HICAP không được kết nối với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào. HICAP có các cố vấn đã được đào tạo ở mọi quận, và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

#### **F5. Nhận trợ giúp từ Medicare**

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

#### **Trang Mạng Medicare**

Quý vị có thể truy cập trang mạng Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Nếu quý vị chọn hủy ghi danh khỏi chương trình Cal MediConnect và ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage, trang mạng Medicare có thông tin về chi phí, bảo hiểm, và phân loại chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình Medicare Advantage.

Quý vị có thể tìm thông tin về các chương trình Medicare Advantage có tại khu vực của quý vị bằng cách sử dụng Công Cụ Tìm Kiếm Chương Trình Medicare trên trang mạng Medicare. (Để biết thêm thông tin về các chương trình, truy cập địa chỉ [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) và nhấp vào “Find plans” (Tìm chương trình))

#### **Medicare & Quý Vị Năm 2022**

Quý vị có thể đọc *Sổ tay Medicare & Quý Vị năm 2022*. Mỗi năm vào mùa thu, tập sách nhỏ này được gửi đến những người có Medicare qua đường bưu điện. Tập sách này có phần tóm tắt các phúc lợi, quyền và bảo vệ của Medicare, cùng phần giải đáp các câu hỏi thường gặp về Medicare.

Nếu quý vị chưa có bản sao của tập sách này, quý vị có thể yêu cầu tại trang mạng Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

#### **F6. Nhận trợ giúp từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California**

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California có trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình sức khỏe của

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



minh, đầu tiên quý vị nên gọi điện thoại cho chương trình sức khỏe của quý vị theo số **1- 877- 723- 4795** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với sở. **Việc sử dụng quy trình khiếu nại không cấm bất kỳ quyền pháp lý hay biện pháp khắc phục tiềm ẩn nào có thể sẵn có cho quý vị.**

Nếu quý vị cần giúp đỡ với khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hay khiếu nại chưa được giải quyết trong thời gian hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi đến sở để được hỗ trợ.

Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ đưa ra đánh giá khách quan về các quyết định y tế của chương trình chăm sóc sức khỏe liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, các quyết định về phạm vi bao trả đối với các phương pháp điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán đối với dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp.

Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TTY (**1-877-688-9891**) dành cho người suy giảm khả năng nghe và nói. Trang web của sở [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) có các biểu mẫu khiếu nại, biểu mẫu nộp đơn xin IMR và hướng dẫn trực tuyến.



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**TRANG NÀY CÓ Ý ĐỂ TRỐNG**

